

※医療機関向け

令和6年度菰野町高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書が不足した場合、役場 健康福祉課(TEL059-391-1126)に問い合わせただいか、下記の画像を印刷し、上下必要箇所を記入・押印いただき、菰野町役場まで送付してください。

令和6年度菰野町高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

令和 年 月 日

請求金額 (=①+②-③)		円	
(令和 年 月分)			
請求内訳	単 価	件 数	金 額
委託料(10%税込)	4,347円	件	円 ①
予診の結果接種できなかった者	1,874円	件	円 ②
		①+②	円
自己負担金	1,200円	件	円 ③
		差引後金額 (=①+②-③)	円 ※

上記のとおり請求いたします。(ただし、当院収納済みの接種者自己負担金を相殺した上記差引後金額(※)をお支払いください。)

(医療機関)

菰野町長宛

債権者No. 1 0

住 所

医療機関名

氏 名

町

控

㊞

令和6年度菰野町高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

令和 年 月 日

請求金額 (=①+②-③)		円	
(令和 年 月分)			
請求内訳	単 価	件 数	金 額
委託料(10%税込)	4,347円	件	円 ①
予診の結果接種できなかった者	1,874円	件	円 ②
		①+②	円
自己負担金	1,200円	件	円 ③
		差引後金額 (=①+②-③)	円 ※

上記のとおり請求いたします。(ただし、当院収納済みの接種者自己負担金を相殺した上記差引後金額(※)をお支払いください。)

(医療機関)

菰野町長宛

債権者No. 1 0

住 所

医療機関名

氏 名

菰野町
受付者印

確認印

町

控

㊞